

## LA MYOMECTOMIE PAR COELIOSCOPIE : EXPERIENCE DU SERVICE DE GYNECOLOGIE DE L'HOPITAL SAINT ANDRE DE BORDEAUX

DOUMBIA Y<sup>2</sup>, HOCHE C<sup>1</sup>, DJANHAN Y<sup>2</sup>, N'GUESSAN K<sup>3</sup>, BOKOSSA M<sup>3</sup>, PRAT-BALAGNA I<sup>1</sup>

1. Hôpital St André Bordeaux (France)

2. CHU Bouaké (Côte d'Ivoire)

3. CHU Cocody Abidjan (Côte d'Ivoire)

### RESUME

**But :** Décrire les résultats de la myomectomie par coelioscopie (MPC), comparer ces résultats à ceux de la myomectomie par laparotomie (MPL).

**Matériel et méthode :** Etude rétrospective sur une période de 3 ans ½ pendant laquelle 66 patientes ont été enregistrées pour myomectomie au niveau du bloc opératoire. Les critères d'inclusion sont : être porteuse d'un ou de plusieurs myomes utérins et être traitée par coelioscopie.

**Résultats :** La MPC est faite chez 2/3 de nos patientes. Le nombre moyen de myomes extrait est 1,76 ; avec une taille moyenne de 64,76 mm. La MPC se fait en 83,25 mm en moyenne, et la durée de séjour est de 4,97 jours, avec une morbidité de 2,32%. Quant à la MPL, elle permet l'extraction d'un nombre plus important de myome (3,77 contre 1,76) et de taille moyenne plus élevée (81,31 contre 64,76 mm) que dans la MPC. De même la morbidité dans la MPL est plus élevée (13,63 contre 2,32%).

**Conclusion :** La coelioscopie est la voie d'abord la plus utilisée pour la myomectomie dans notre service. Elle doit être faite dans des conditions précises que sont un nombre de myome inférieur ou égal à 3 dont le plus gros diamètre est inférieur ou égal à 80 mm. En plus de l'avantage esthétique, la morbidité de la MPC est plus faible que celle de la PML. Cette technique pourrait donc être diffusée en Afrique.

**MOTS CLES :** Myomectomie, coelioscopie, laparotomie

### INTRODUCTION

La myomectomie est l'ablation d'un ou de plusieurs myomes utérins.

Elle peut être faite par laparotomie ou par voie coelioscopique ou encore par voie vaginale.

La coelioscopie étant une nouvelle voie d'abord pour la myomectomie, nous évaluerons dans notre étude ses résultats que nous comparerons à ceux de la laparotomie.

### METHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective du 1<sup>er</sup> septembre 1997 au 28 février 2001 (soit trois ans et demi). Soixante six (66) patientes ont été enregistrées à partir du registre du bloc opératoire et des dossiers d'hospitalisation du service de chirurgie gynécologique de l'hôpital Saint-André de Bordeaux.

Les critères d'inclusion ont été :

- être porteuse d'un ou plusieurs myomes
- être traitée par voie coelioscopique ou par laparotomie.

Les données ont été recueillies sur une fiche d'enquête, puis exploitées par informatique grâce aux logiciels Excel et Epi-Info. Le test statistique utilisé a été le test X<sup>2</sup>.

### RESULTATS

#### 1. Voies d'abord

*Tableau I : Les voies d'abord dans la myomectomie*

Voie d'abord	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Coelioscopie	43	65,2
Laparotomie	22	33,3
Voie basse	01	1,5
Total	66	100

#### 2. Données épidémiologiques

*Tableau II : données épidémiologiques de la MPC*

Caractéristiques	Moyenne	Extrêmes
Age (années)	37,09	24-52
Parité	0,86	0-4
Myomes	1,65	1-7
Tailles (en mm)	60,76	20-150
Durée d'intervention (min)	83,25	35-175
Transfusion	06	06
Séjour (en jours)	4,97	3-11
Complications*	1	1

\* Taux de complications = 2,32% (1/43)

*Tableau III : Comparaison PMC/MPL*

	MPC	MPL
Effectif	43	22
Myomes (nombres)	1,65	3,77*
Tailles (en mm)	60,76	81,31*
Durée d'intervention (min)	83,25	81,59
Transfusion	06	10*
Séjour (en jours)	4,97	05
Complications	2,32	13,63*

\*  $p < 0,05$

## DISCUSSION

Sur un total de 66 patients ayant eu une myomectomie, 43 patientes (65,15%) ont bénéficié d'une coelioscopie comme voie d'abord. La coelioscopie est entrain de devenir la référence (1) ; même si il y a encore de fortes oppositions (2). En effet, la MPC est parfaitement reproductible bien qu'exigeant des équipes expérimentées (3). Notre taux de conversion de 6,97% est proche de ceux de la littérature qui varient de 2 à 5% selon Chapron (3). Nous utilisons la coelioscopie dans le diagnostic des masses pelviennes pour lesquelles l'échographie n'a pu être précisé, et qui se révèlent parfois être des myomes utérins traités dans le même temps opératoire.

Le nombre moyen de myomes retirés lors de la MPC est de 1,65 avec des extrêmes de 1 à 7. Ce taux moyen se rapproche de ceux des autres auteurs (2, 3), cependant le nombre de 7 myomes retirés lors d'une coelioscopie n'est pas retrouvé ni recommandé par Dubuisson et les autres (1, 4) ; même si dans notre cas il s'agissait de nombreux petits myomes sous séreux. En effet, ces auteurs recommandent une sélection des patientes n'ayant pas plus de 3 myomes interstitiels ou sous séreux. La taille moyenne du plus gros myome extrait, de 60,76 mm  $\pm$  20 est conforme à ceux de la plus part des autres auteurs (1, 2, 3).

La durée d'intervention de 83,25 mn dans notre série est plus réduite que ceux de la littérature qui oscille entre 90 et 110 mn (2). Cela s'explique par l'existence dans notre cas d'une équipe bien entraînée.

La morbidité dans notre série concernait une complication post opératoire minime à savoir un hématome sous aponévrotique qui s'est résorbé au bout de 21 jours sous traitement antibiotique et anti-inflammatoire.

### Comparaison MPC/MPL

Le nombre de myomes extrait (3,77 contre 1,65) est plus significatif dans la MPL que dans la MPC.

La taille du plus gros myome (81,31 contre 60,76 mm) est significativement plus importante dans la MPL que dans la MPC.

Il en est de même pour les complications (13,63% contre 2,32%) en faveur de la MPL.

La durée d'intervention et la durée de séjour selon les voies d'abord sont sensiblement les mêmes.

La comparaison MPC/MPL a donc montré comme chez Mais (5) les avantages de la MPC à savoir :

- une morbidité plus réduite.

De plus, la MPC aurait une action plus bénéfique sur la fertilité que la MPL en raison du nombre moins important d'adhérences qu'elle entrainerait (5).

Il ne faut cependant pas oublier que la MPC reste une intervention longue nécessitant une équipe expérimentée.

Au total, la MPC est faisable par des équipes entraînées et des patientes bien sélectionnées c'est-à-dire ayant au plus 3 myomes interstitiels ou sous

séreux et dont le plus gros diamètre est inférieur à 80 mm.

## CONCLUSION

La coelioscopie est la voie d'abord la plus utilisée pour la myomectomie.

La MPC doit être faite dans des conditions précises à savoir nombre de myomes inférieur ou égal à 3 et diamètre du plus gros inférieur ou égal à 80 mm.

Cette nouvelle technique diffusée en Afrique où les populations font plus de myomes que dans les autres races, ferait gagner du temps, de l'argent et du confort aux patients, aux médecins et aux pouvoirs publics ; même si son coût d'installation semble élevé.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. CHAVET X, MORICE P - Traitement coeliochirurgical des volumineux fibromes utérins. J Gynecol Obstet Biol Reprod 1995 ; 24 : 705-710.
2. DUBUISSON JB, CHAPRON C, MOULY M, FOULOT H, AUBRIOT FX, BOUQUET DE JOLINIÈRE J - Laparotomy myomectomy Gynecol endoc 1993 ; 2 : 171-173.
3. CHAPRON C, FERNANDEZ B, FAUCONNIER A, DUBUISSON JB - Indications et modalités du traitement chirurgical conservateur des myomes interstitiels et sous séreux. J Gynecol Obstet Biol Reprod 1999 ; 20 : 732-737.
4. DUBUISSON JB, CHAPRON C - Laparotomy myomectomy today. A good technic when correctly indicated. Hum Reprod 1996 ; 11 : 934-935.
5. MAIS V, AJOSSA S, GUERRIERO S, MASCIA M, SOLLA E, MELLIS GB - Laparoscopy versus abdominal myomectomy : a prospective, randomised trial to evaluate benefits in early outcome. Am J Obstet Gynecol 1996 ; 174 (2) : 654-658.